

## HİPERTANSİYON VE TEDAVİSİ

**Prof. Dr. Atiye ÇENGEL**

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

### Giriş ve tanım

**Hipertansiyon tanısında kan basıncı ölçümünün önemi**

**Hastalık olarak Hipertansiyonun Önemi: insidans**

**Hastalık olarak Hipertansiyonun Önemi: Kardiyovasküler komplikasyonlar**

**Hastalık olarak Hipertansiyonun Önemi: Evrelendirme**

**Hipertansiyon oluşumunun nedenleri**

**Esansiyel veya primer hipertansiyon**

**Sekonder hipertansiyon**

**Hipertansiyonda organ tutulumları**

**Hipertansif hastalarda risk grubu sınıflaması**

**Hipertansiyon tedavisinde yaşam tarzı düzenlemesi**

**Antihipertansiflerle tedavi**

a) Antihipertansiflerle tedavi: Diüretikler

b) Antihipertansiflerle tedavi: Adrenerjik nöron inhibitörleri

c) Antihipertansiflerle tedavi: Alfa-beta reseptör blokerleri

d) Antihipertansiflerle tedavi: İmidazolin resptör agonistleri

e) Antihipertansiflerle tedavi: Anjiyotensin reseptör antagonistleri

f) Antihipertansiflerle tedavi: Kalsiyum Kanal Blokerleri

g) Antihipertansiflerle tedavi: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri

**Hipertansiyon ve Kombinasyon Tedavisi**

**Hipertansiyon ve Basamaklı Tedavi**

**Hipertansiyon Tedavisi Bakımından Kontrendikasyonlar**

### Giriş ve Tanım

Hipertansiyonu çok basitçe tanımlamak gerekirse; atardamarlardaki kanın basıncının yüksek olması diye tanımlıyoruz. Bugün için kabul ettiğimiz, tıp dünyasının kabul ettiği yükseklik sınırı, sistolik kan basıncı için 140 mmHg'nın üzeri, diastolik kan basıncı için de 90 mmHg'nın üzerine hipertansiyon diyoruz. Bu tanımda önemli olan nokta şu: Sadece sistolik kan basıncının yüksel-

mesi de hipertansiyon ve çok önemli, sadece diastolik kan basıncının yükselmesi de hipertansiyon ve yine çok önemli; her ikisinin yükselmesi de yine hipertansiyon.

### **Hipertansiyon Tanısında Kan Basıncı Ölçümünün Önemi**

Hipertansiyon, çok çeşitli semptomlara, çok çeşitli klinik belirtilere yol açabiliyor. Ancak, çok önemli olan nokta şu: Hipertansif hastaların çok büyük bir çoğunluğunda komplikasyonlar oluşana kadar hiçbir klinik belirti olmayabiliyor. Dolayısıyla hipertansiyon, daha çok ölçüm vasıtasıyla tanı konulan bir patolojik durum. Bu nedenle bütün erişkin popülasyonunun senede hiç olmazsa bir kez kan basınçlarını kontrol ettirmelerini öneriyoruz. Hipertansiyonun şikâyet yapıp yapmaması hiç önemli değil; eğer kan basıncı yüksekse, komplikasyonlara yol açıyor. Eğer kişinin ailesinde hipertansiyon varsa, yatkınlık varsa, bu ölçümlerin çok sık yapılması önerilmektedir. Ancak, tabii ki tek bir ölçümde yüksekse, hemen hipertansiyon tanısı konmamaktadır. Hipertansiyon tanısı koyabilmek için en az üç ayrı günde ve her seferinde en az iki ölçüm yaparak; eğer bunların ortalaması 140-90'ın üzerinde ise hipertansiyon tanısı koymak gerekir.

Hipertansiyon madem ki sadece ölçümle tanınabilen bir yöntem; o halde kan basıncını ölçen herkese çok önemli sorumluluklar düşüyor. Bunun her zaman için bilinçli kişiler tarafından ölçülmesi önerilmektedir. Ölçümü yaparken, hastanın önce biraz istirahat etmiş olmasını sağlamak lazım; hemen kapıdan girer girmez kan basıncını ölçmek çok doğru değil, en azından 5 dakika kadar istirahat ettikten sonra kan basıncını ölçmek lazım. Hastanın son yarım saat içinde sigara içmemiş olması ve alkollü, kafeinli bir içki de almamış olmasını öneriyoruz. Hasta oturur pozisyondayken kan basıncını ölçmek lazım. Manşonun, üst kolun en azından 2/3'lük bölümünü örtecek büyüklükte olması gerekiyor. Daha sonra, bilindiği gibi stetoskop brakiyel arterin üzerine konuluyor. Manşon, radyal nabız, yani bilekteki nabız kayboluncaya kadar şişirilmeli, daha sonra yavaş yavaş indirilmeli. Yine çok iyi bildiğiniz gibi, ilk duyulan ses sistolik kan basıncı; seslerin tamamen kaybolduğu nokta, (hafiflediği değil.) tamamen kaybolduğu noktada erişkinler için diastolik kan basıncı olarak kabul ediliyor.

### **Hastalık Olarak Hipertansiyonun Önemi: İnsidans**

Hipertansiyon neden çok önemli? Öncelikle çok sık görüldüğü için önemli. Türkiye'de de çok sık görülüyor. Türkiye'de erişkin toplumda 18 yaşın üzerinde hipertansiyon insidansı % 20, bütün erişkinlerin % 20'si hipertansiyon. 50'li yaşlardan sonra bu insidans % 30'lara, % 40'lara kadar varıyor, yaşa bağlı olarak hipertansiyon insidansı artıyor. TEKHARF çalışması, 1990 yılında

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan çok önemli ve çok güvenilir bir çalışma. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, Türk kadınlarında hipertansiyon insidansı erkeklerden daha fazla. Bu bulgu dünyadakine uyan evrensel bir olay değil. Türkiye için böyle. Neden böyle? Bunun açıklaması da şu: Türk kadınlarında 40 yaşından sonra çok önemli bir obezite problemi var. Türk kadınlarının 40 yaşından sonra % 48'i, neredeyse yarısı, ideal vücut ağırlığından daha kilolu, daha şişman. Bu şişmanlık da hipertansiyon için çok önemli bir risk faktörü. Buna bağlı olarak da Türk kadınlarında hipertansiyon görülme sıklığı erkeklerden daha fazla. Ancak erkeklerde de hiç küçümsenmeyecek oranda hipertansiyon var.

Hipertansiyon bütün dünyada çok önemli bir problem. Hipertansiyon olayı, yarım kanunla açıklanıyor. Bütün dünyada hipertansiyonu olan tüm hastaların ancak yarısı hipertansif olduklarının farkında. Farkında olanların yalnızca yarısı tedavi görüyor ve tedavi görenlerin de yalnızca yarısında hipertansiyon yeterince kontrol altına alınabilmiş, istenilen düzeylere düşürülebilmiş durumda. Bu olayın ciddiyetini tanımlamak bakımından çökanlatmak için herhalde bu slayt yeterli.

### **Hastalık Olarak Hipertansiyonun Önemi: Kardiyovasküler Komplikasyonlar**

Hipertansiyon çok sık görülmesi bakımından ve çok önemli kardiyovasküler komplikasyonlara yol açtığı için önemlidir. Bir kere tedavi edilmeyen hipertansiyon, ortalama yaşam süresini 10-20 yıl kısaltıyor, yani hayatı kısaltan bir olay. Bunun ötesinde, hipertansiyon, hedef organ hasarı dediğimiz birtakım organlarda çok ciddi sakatlıklara, kalıcı harabiyetlere yol açıyor. Yani kişide felç, körlük, kalp yetmezliği, diyalize bağımlı böbrek yetmezliği gibi, kişinin ömür kalitesini, yaşam kalitesini ileri derecede bozan, kişiyi sakat bırakan ciddi komplikasyonlara yol açıyor; bu nedenle de çok önemli bir hastalıktır.

### **Hastalık Olarak Hipertansiyonun Önemi: Evrelendirme**

Burada hipertansiyonun derecesine göre evrelendirmesinden bahsetmek istiyorum. Bu evrelendirme önemli. Tabii ki hipertansiyonun şiddeti arttıkça, derecesi arttıkça, komplikasyon olasılığı artıyor. Bir kişinin tansiyonu ne kadar yüksekse, komplikasyonların oluşma olasılığı o kadar artıyor. Ancak, bu evrelendirmeyi hiçbir surette yanlış algılamamak lazım; yani "kişinin kan basıncı daha hafif düzeylerde ise, daha düşük düzeylerde ise, o kadar da büyük bir risk altında değil; bu kişi ilaçsız, tedavisiz de idare edebilir" gibi yanlış bir izlenime kapılmamak lazım. Çünkü hafif ve orta hipertansiyon dediğimiz evrelerde bile çok ciddi vasküler komplikasyonlar olabiliyor. Hatta toplum sağlığı açısından düşünürsek; toplumda hafif ve orta hipertansiyonu olan kişiler, sayısal olarak ağır hipertansiyonu olan kişilerden daha fazla olduklarına göre,

hafif ve orta derecede hipertansiyonun yol açacağı vasküler komplikasyonların sayısı da ağır hipertansiyondan çok daha fazla. Onun için bu evrelendirmeden söz etmeden önce, bu noktaya dikkatinizi çekmek istiyorum.

Hipertansiyonu ne şekilde evrelendiriyoruz? İdeal kan basıncı, optimal kan basıncı, sistolik 120'nin, diastolik de 80 mmHg'nın altında olmalı, eğer öyleyse hiçbir sorun yok. Normal kan basıncı 130-85 mmHg'nın altı. Eğer kişinin kan basıncı 130-85 ile 140-90 arasında ise, buna yüksek normal diye bir terminoloji getirdik; yani 130-85'le 140-90 arası yüksek normal bir tansiyonu gösteriyor. Özellikle diyabet gibi bazı özel risk gruplarında, kişinin tansiyonunun yüksek normal olması bile yeterince iyi olmayabiliyor.

Hipertansiyonu ise üç evreye ayırıyoruz; 140-90'la 160-100 arasına hafif hipertansiyon diyoruz, 160-100'le 180-110 arasına orta hipertansiyon diyoruz. 180-110'un üzerinde ise ağır hipertansiyon diyoruz.

### **Hipertansiyon Oluşumunun Nedenleri**

Peki hipertansiyon neden oluyor? Hastaların da en çok sorduğu soru bu; "Neden acaba tansiyonum yükseliyor?" Bu hastaların maalesef % 95'inde hipertansiyonun nedeni bilinmemektedir. Buna esansiyel hipertansiyon, primer hipertansiyon veya idyopatik hipertansiyon deniyor. Her ne kadar "nedeni bilinmiyor" deniliyorsa esansiyel hipertansiyonun ne şekilde oluştuğu konusunda aslında yeterli bilgi mevcuttur.

### **Esansiyel veya Primer Hipertansiyon**

Esansiyel hipertansiyon, damar yatağının kas tonusunun artması sonucunda ortaya çıkıyor. Bunu da tetikleyen iki tane önemli faktör var; birincisi genetik, ikinci çevresel faktörler. Genetik, en az % 50 oranında önemli, hipertansiyonda en az % 50 oranında genetik bir yatkınlık söz konusu. Ancak her genetik yatkınlığı olanda hipertansiyon ortaya çıkmıyor; genetik yatkınlığı olan kişilerde hipertansiyonun ortaya çıkması için birtakım çevresel faktörlerin de devreye girmesi gerekiyor. Çevresel faktörler kısaca özetlenecek olursa, şişmanlık, aşırı sodyum alımı, yani tuz alımı, böbreklerin kanlanmasındaki azalma, yani böbreklerin herhangi bir nedenle yeterince kanla perfüze olamaması ve endotel disfonksiyonu en başta gelen öğelerdir. Endotel disfonksiyonu, başta sigara, hiperlipidemi ve diyabet olmak üzere çeşitli nedenlerle olabilir.

Kan basıncını oluşturan bir formül var. Kan basıncı, aslında bir fiziksel olay ve iki tane parametrenin çarpımından oluşmaktadır. Bunlardan bir tanesi kalp debisi, diğeri de periferik damarların direncidir. Hipertansiyon da, damar duvarı

içindeki kan basıncının yükselmesi olgusudur. Yukarıda sayılan çevresel faktörlerin hepsi, ya kalp debisini, ya damar direncini veya her ikisini birden artırarak netice ortaya pressör etkiyi çıkartıyor ve kan basıncını yükseltiyor. Yalnız, olay bu denli basit değildir. Çevresel faktörler, birincil olarak damar duvarında kalıcı bir harabiyete yol açıyorlar ve damar duvarının kalınlaşmasına neden oluyorlar, ikincisi de damar duvarını oluşturan hücrelerin damar boşluğu etrafında yeniden dizilimine yol açıyorlar. Buna yeniden şekillenme, damarın yeniden şekillenmesi veya remodelling denmektedir. Dolayısıyla damar duvarı hem kalınlaşıyor, hem de hücre tasarımı değişiyor ve böylece damarda kalıcı bir hasar meydana geliyor. Çevresel faktörler ortadan kalksa bile, damar duvarında meydana gelen kalıcı hasar nedeniyle kişi ömür boyu hipertansif olarak kalıyor.

### **Sekonder Hipertansiyon**

Bütün hipertansiflerin % 95'i, bu anlatılan mekanizmalar sonucunda hipertansif oluyor. Ancak, % 5 gibi küçük bir kısmında, nedene bağlı bir hipertansiyondan söz edilmektedir ve buna sekonder hipertansiyonu denilmektedir. Sekonder hipertansiyon yapan çok çeşitli hastalıklar var; beyin hastalıkları, tiroid bezinin hastalıkları, böbreğin kendisini tutan hastalıklar, böbreğin damarlarını tutan hastalıklar, böbrek üstü bezi dediğimiz sürenallerin hastalıkları İşte tüm bu hastalıklar, % 5'lik geri kalan küçük grupta hipertansiyona yol açabiliyor.

Kişi hipertansiyonla karşımıza geldiği zaman, bu % 5'lik küçük grubu aydınlatılmak için; yani kişinin hipertansiyonunun bir sebebi var mı, yok mu bulabilmek için beyinden böbreklere kadar birçok organın çok ayrıntılı bir biçimde taranması lazım. Bu ayrıntılı tetkikler hem hastayı, hem hekimi bezdiriyor, hem de hem hastanın kişisel bütçesine, hem de devletin bütçesine çok büyük bir yük getiriyor. O nedenle her karşılaştığımız hipertansif hastada sekonder hipertansiyonu araştırmaya gerek yok. Bu grup zaten çok küçük bir grup. Kimlerde sekonder hipertansiyon araştırılması gerekiyor? Kişilerde hipertansiyonun, ilk başlangıç tarihi 20 yaşın altında veya 50 yaşın üzerindeyse, yani çok erken veya biraz geç başlıyorsa, bu kişilerde koşul olmamakla beraber sekonder hipertansiyon olabiliyor. Diastolik kan basıncı çok yüksekse, 120 mmHg üzerindeyse sekonder hipertansiyonu araştırmakta fayda var. Hasta tedaviye dirençliyse, kişide yeterli tedaviye rağmen kan basıncı düşmüyorsa, bir de erken dönemde hedef organ hasarı olmuşsa, sekonder hipertansiyonu araştırmak lazım. Hedef organ hasarı, hipertansiyonun çok erken evrelerinde ortaya çıkmışsa; kişide görme bozukluğu, körlük, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği çok erken oluşmuşsa, yine sekonder hipertansiyon araştırmakta fayda var. Bunun dışındaki vakaları primer olarak kabul etmenin hiçbir zararı yok.

## Hipertansiyonda Organ Tutulumları

Hipertansiyonun, temel organları; göz, kalp, beyin ve böbrek ve damarlardır. Hipertansiyon, bu hedef organlarda neler yapıyor?

Birinci hedef organ kalp; kalpte sol ventrükül hipertrofisine yol açıyor; yani sol ventrükülün kalınlaşmasına ve genişlemesine yol açıyor. Sol ventrükül hipertrofisi, başlı başına üç tane hastalık için risk faktörü:

1. Sol ventrükül hipertrofisi, biraz önce sözü edilen koroner arter hastalıklarını tetikliyor.
2. Kalp yetmezliği yapabiliyor.
3. Major aritmilere, ritim bozukluklarına yol açarak ani ölüm yapabiliyor. Sol ventrükül hipertrofisi çok korkulan bir komplikasyon.

Hipertansiyon, ikinci hedef organ olan beyinde inme veya geçici iskemik ataklara veya kanamaya yol açabiliyor; felç gibi çok ciddi sakatlıklara neden olabiliyor. Böbreklerde hastayı diyalize mahkûm eden böbrek yetmezliğine yol açabiliyor. Gözde çok ciddi bir komplikasyon olan retinopatiye neden olabiliyor ve retinopati de körlükle sonuçlanabiliyor. Hipertansiyon, periferik damarları da tutabiliyor ve özellikle bacak damarlarında tıkanıklıklara yol açarak gangrene kadar gidebilen ciddi olaylar yaratabiliyor. Aort damarında da aort yırtılması denilen ölümcül bir hadiseye yol açabiliyor.

Görüldüğü gibi, hipertansiyonun çok karamsar bir tablosu var. Gerçekten de hipertansif hastaların % 40-50'si, kalbe ait komplikasyonlar nedeniyle; % 10-15'i böbrek yetmezliği, % 30-35'i de beyinle ilgili olaylar nedeniyle ölüyor. Ancak, her hipertansif hastada bütün bu komplikasyonların oluşma riski aynı değil; yani kan basıncı yüksek olan herkeste bu komplikasyonlar oluşacak diye bir olgu bulunmamaktadır. Özellikle kan basıncı düzeyi aynı olan iki kişiden birinde komplikasyon olup, diğerinde olmayabiliyor. Hipertansiyona bağlı komplikasyon oluşmasını belirleyen faktör, kişinin hipertansiyon dışında taşıdığı majör risk faktörleridir. Eğer kişi, hipertansiyon dışında sayılan majör risk faktörlerinden bir veya birkaçını taşıyorsa, hipertansiyona bağlı komplikasyon oluşma olasılığı artmaktadır. Eğer kişide hipertansiyon dışında başka majör faktör yoksa, komplikasyon oluşma riski o kadar yüksek değildir.

## Hipertansif Hastalarda Risk Grubu Sınıflaması

Modern hipertansiyon tedavisinde, hastanın kan basıncını ölçmenin yanı sıra, kişinin taşıdığı majör risk faktörlerinin olup olmamasına göre de tedavi planlanması yapılmaktadır.

Hipertansif olan hastaları üç risk grubuna ayırılmaktadır. A risk grubunda bulunanlar hipertansiyon dışında hiçbir majör risk faktörü olmayan hastalardan oluşmaktadır. Bunlar, en düşük risk grubunda olan hastalardır. Bu hastalarda ilaç tedavisine başlamak için, kan basıncının 160-100 mm Hg'ya kadar çıkması beklenir. Eğer kişinin kan basıncı 160-100 ve üzerinde ise, bu kez hemen ilaç tedavisine başlanmaktadır. Ancak, A risk grubundaki hastaların hafif hipertansiyonu varsa veya yüksek normal hipertansiyonu varsa, bunlara sadece yaşam tarzı değişikliği önerilmektedir. Fakat kişinin kan basıncı bir sene süren yaşam tarzı değişikliği önerilerine rağmen hâlâ 140-90'ın üzerinde ise, ancak o zaman ilaca başlanılmaktadır.

B risk grubu olarak nitelenen hastalarda, hipertansiyon ve diyabet dışı bir risk faktörü bulunmaktadır. Diyabet dışı olmak koşuluyla bir veya birden fazla risk faktörü varsa, bu kişi B risk grubuna dahil edilmektedir. B risk grubunda olan hastalarda yine ilaca başlamak sınırı 160-100 mmHg'dır. Eğer kan basıncı, 160-100 mmHg'nın üzerindeyse hemen ilaca başlanmaktadır. Kan basıncı, 140-90'la 160-100 mmHg arasındaysa, 6 aylık bir yaşam tarzı değişikliğini denemelidir. Eğer 6 ayın sonunda hâlâ kişinin kan basıncı 140-90'ın üzerindeyse, o zaman ilaca başlanmalıdır.

C grubu en riskli olan hastaları içermektedir. Bu hastalarda hipertansiyon ve diyabet var veya yok da hipertansiyon ve hipertansiyona bağlı hedef organ hasarı var. Kişinin hipertansiyona ilaveten diyabetinin olması, o kişiyi otomatikman en yüksek risk grubuna sokuyor. Eğer kişinin hipertansiyona bağlı gözlerinde ciddi bir retinopati oluşmuşsa, kalp, böbrek yetmezliği varsa; yani hedef organ hasarı varsa, bu kişilerde C risk grubunda olarak değerlendiriliyor. C risk grubunda ilaca başlama sınırı 130-85 mmHg. Yani C risk grubunda olan kişiler, yüksek normal diye adlandırdığımız seviyede bir kan basıncına bile sahip iseler hemen ilaca başlamak gerekiyor; aksi takdirde komplikasyonları önlemek mümkün olmayabilir.

### **Hipertansiyon Tedavisinde Yaşam Tarzı Düzenlemesi**

Hipertansiyon tedavisi iki türlü yapıyor: Bir ilaç tedavisi var, bir de ilaç dışı tedavi var. Artık buna ilaç dışı tedavi demiyoruz, yaşam tarzı değişikliği diyoruz. Çünkü hipertansiyon ömür boyu süren bir hastalık. Dolayısıyla ilaç dışı tedaviyi öyle kısa bir süre için kullanılıp, uygulanıp bırakılacak olan bir yöntem değil. Kişinin yaşadığı süreçte yaşam tarzını bu yeni modele göre ayarlaması önerilmekte.

Hipertansiyon tedavisinde etkinliği kesin olarak ispatlanmış iki tane yaşam tarzı değişikliği var. Bir tanesi, kişinin ideal kilosuna inmesi; eğer şişmansa za-yıflaması, bu son derece önemli. İkincisi de tuz kısıtlaması.: Bütün batı top-

lumları ve bu arada Türkiye’de, vücudumuzun ihtiyacı olandan çok daha fazla tuz tüketiyoruz. Günlük tuz tüketimimiz aşağı yukarı 10 gram sodyuma eşdeğer. Eğer fast-food alışkanlığımız varsa, bu 15 grama kadar çıkıyor. Halbuki normal bir insanın ihtiyacı olan tuz miktarı 3 gram. Dolayısıyla tuz kısıtlanması denildiğinde bireyin, kullanmakta olduğu tuzun 1/3 oranında kısıtlanması önerilmektedir. Günlük tuz miktarı, 2,5-3 gramlık günlük sodyum miktarı bakımından 6 gram sofrata tuzuna tekabül ediyor. Günde 6 gramın üzerinde sofrata tuzu tüketilmemesini önermek hasta bakımından gerçekten yararlı bir yöntemdir.

Diğer yaşam tarzı değişikliklerine daha önceki bölümlerde değinildi. Ancak çok sorulan bir noktaya değinmek gerekmektedir; bu da. “hipertansiyonu olan kişiler acaba rutin Aspirin kullansınlar mı?” sorusudur. Açıkçası cevap çok iyi bilinmiyor. Eğer kişi kalp hastasıysa, koroner arter hastasıyla, hiç şüphesiz aspirin kullanması gerekli. Düşük doz aspirin, kalp hastalarında her bakımdan çok yararlı. Ancak, eğer kişi kalp hastası değilse, sadece hipertansifse veya normal sağlıklı bir erişkinse, günde 100 miligram veya 300 miligram Aspirin alsın mı? Eğer alırsa, kalp hastalıkları azalıyor; yani normal bir erişkin, sağlıklı bir insan, hipertansif olsun ya da olmasın, her gün Aspirin alırsa kalp hastalıkları gerçekten azalıyor. Ancak Aspirin o kadar da masum bir ilaç değil. Birincil olarak gastroentestinal kanama insidansı artıyor; ikincisi deserebrovasküler kanama hastalık insidansı artıyor. Daha önceki bölümlerde belirtilen ve İngiltere’de yapılan “Physicians Health Study” diye bir çalışmada doktorlar bunu kendilerine uygulamışlar. Sonuçta, gerçekten kalp hastalığı insidansı azalmış, ama özellikle beyin olaylarına bağlı total mortalitede de artma olmuş. Ancak, bu çalışma daha başka çalışmalarla teyit edilmemiş; yani tek bir çalışma. Dolayısıyla kişi sağlıklıysa veya hipertansifse, ama kalp hastası değilse, “Aspirin kullansın mı, kullanmasın mı” konusunun cevabını henüz çok iyi bilinmemektedir.

### **Antihipertansiflerle Tedavi**

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan çok fazla sayıda ilaç grubu var; bunlar çok kısaca özetlenecektir.

#### **a) Antihipertansiflerle tedavi: Diüretikler**

Birinci grup ilaçlar, diüretikler. Diüretikler en eski ilaç grubu, etkinliği en çok araştırılmış olan ilaç grubu ve gerçekten etkili oldukları da gösterilmiş bir ilaç grubu, üstelik ucuz olmak gibi de bir avantajları var. Hipertansiyon tedavisinde kullanılabilecek olan diüretikler, yalnız tiyazit grubu diüretikler ve Türkiye’de maalesef bugün tek bir tane bile tiyazit grubu yok, böyle bir önemli ucuz ilaçtan Türk hipertansifleri mahrum maalesef. Tabii ki çok etkili ve ucuz; ama çok önemli yan etkileri de var, onu da söylemek lazım. Özellikle kan yağ tablosunu



olumsuz yönde etkiliyorlar, lipit profilini olumsuz yönde etkiliyorlar, o yüzden dikkatli kullanılmaları lazım; ama ucuz olmaları da önemli bir avantajları.

Türkiye’de kullanabileceğimiz Indapamit. Indapamit, özellikle yaşlı hipertansiflerde ve hafif hipertansiflerde kullanılabilen bir ilaç.

### **b) Antihipertansiflerle Tedavi: Adrenerjik Nöron İnhibitörleri**

İkinci ilaç grubu, adrenerjik nöron inhibitörleri. Bunları çok kabaca adrenalini inhibisyonu yapan ilaçlar diye tanımlayabiliyoruz. Adrenalin, bilindiği gibi, özellikle stres durumlarında organizmanın kendini savunmak için salgıladığı bir hormon; ancak önemli hipertansif etkileri olan bir hormon. Adrenalinin salınımını inhibe eden çok çeşitli ilaçlar var. Periferik sinir hücresinden adrenalini salınımını inhibe eden ilaçlar var; periferik sinir hücresinden adrenalini salınımını direkt olarak inhibe ediyorlar. 40 yaşın üzerinde olanlarımız varsa, Rezerpin grubu ilaçları çok iyi hatırlarlar; Regreton, bir döneme damgasını vurmuş ve gerçekten çok etkili bir ilaç. Ancak, bunun da çok önemli bir yan etki profili var. O nedenle artık kullanımını terk edilmiştir. Merkezi pek çok yan etkileri var; prostat inhibisyonu yapıyor, gastroentestinal sistemde kanama yapıcı yan etkileri var, ağız kuruluğu yapıyor ve gastroentestinal malignite insidansını yani, kanser insidansını da artırdığı gösterilmiş. Bunun dışında ayrıca kardiyak yan etkileri de var.

Merkezi olarak, yani beyin yoluyla sinir hücresinden adrenalini salınımını inhibe eden ilaçlar var. Beyin yoluyla adrenalini salınımını inhibe eden ilaçlardan en önemlisi de Alfametil Dopa (Aldomet). Türkiye’de Aldomet bulmak da çok büyük bir sorun. Aldometin en önemli özelliği, gebelikte kullanılabilen en emin anti-hipertansif. Yapılan çalışmalar sonucunda, teratojenik etkisi olmadığı gösterilen, bebeğe zarar vermediği gösterilen hemen de tek ilaç. Dolayısıyla gebelik hipertansiyonlarında tercih edilen bir ilaç, eğer bulursanız; ama bunun dışında da bir kullanım endikasyonu yok. Bunun dışında, adrenalini damar duvarını bağlanmasını, damara bağlanmasını inhibe eden ilaçlar var. Adrenalin damara ya alfa reseptörler ya da beta reseptörler vasıtasıyla bağlanıyor. Alfa reseptörlere bağlanmasını engelleyen alfa reseptör blokerleri var, (-Doksazosin bildiğiniz gibi-) beta reseptörlere bağlanmasını engelleyen beta blokerler var. Bunlar çok sayıda var; atenolol, metoprolol, propranolol, hepsi kullanılıyor.

### **c) Antihipertansiflerle Tedavi: Alfa-beta Reseptör Blokerleri**

Kombine olarak; yani hem alfa, hem beta reseptörleri inhibe eden ilaçlar da var. Hem alfa, hem beta reseptörleri, adrenalini bağlanmasını inhibe eden ilaçlar da var. Labetolol (Trandate); ama o da bu ara sanıyorum Türkiye’de yok.

#### **d) Antihipertansiflerle Tedavi: İmidazolin Reseptör Agonistleri**

Bu grupta yeni çıkan bir ilaç grubu da İmidazolin reseptör agonistleri. Bunlar da yine santral sinir sistemi vasıtasıyla adrenalini inhibe eden ilaçlar. Hiperium, yeni çıkan bir ilaç.

#### **e) Antihipertansiflerle Tedavi: Anjiyotensin Reseptör Antagonistleri**

Üçüncü grup anti-hipertansifler, anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri. Anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri, "Anjiyotensin 2" adını verdiğimiz bir maddenin oluşumunu inhibe ediyorlar. Anjiyotensin 2, birçok başka etkisinin yanı sıra, çok kuvvetli bir vazokonstriktör; yani damar büzücü madde. Dolayısıyla Anjiyotensin 2 yapımı inhibe edildiği zaman, kuvvetli bir vazodilatasyon meydana geliyor ve kan basıncı düşüyor. Bunlar, gerçekten çok etkili ilaçlar. Bunlar, sadece hipertansiyonu düşürmekle kalmıyorlar, ateroskleroz üzerine çok olumlu etkileri var, kalp yetmezliğinde kesinlikle mortaliteyi azaltıyorlar; böbrek olayını önüyorlar. Özellikle diyabetik hastalarda böbreklerden protein kaçışını önüyorlar ve böbrek yetmezliği gelişimini önüyorlar. Bütün bu özellikleri nedeniyle, son yılların en çok umut vaat eden ilaç grubu ACE inhibitörleri. Ancak bu ilaçların da; çok önemli bir yan etkileri var. % 30 oranında kuru öksürüğe oluyorlar ve kullanımlarını kısıtlamak zorunda kalıyor.

#### **f) Antihipertansiflerle Tedavi: Kalsiyum Kanal Blokerleri**

Bir başka ilaç grubu, kalsiyum kanal blokerleri. Bunlarda halen kullanılmakta olduğumuz majör ilaçlar arasında. Aslında kalsiyum kanal blokerleri, homojen bir ilaç grubu değil ve birbirinden farklı özellikleri olan ilaçları içeriyorlar. Kalsiyum kanal blokerlerini en azından iki gruba ayırmak gerekli.; Dihidropridin grubu ile bir de Non-dihidropridin grubu olan kalsiyum kanal blokerleri var. Non-dihidropridin grubu dendiğinde, Verapamil ve Diltiazem kastediliyor.. Verapamil ve Diltiazem, hafif orta derecede anti-hipertansif etkileri olan ilaçlar; ama bunun yanı sıra kalpte iletici de yavaşlatıyorlar. Dolayısıyla antiaritimik olarak ritim bozukluklarında da kullanılabilir.

Dihidropridin grubu deyince de, bu grubu eski ve yeni jenerasyon diye ikiye ayırmak lazım. Eski jenerasyon Dihidropridin grubunda, yine çok meşhur bir ilaç olarak Nifedipin bulunuyor. Nifedipin, bir dönem çok kullanılan bir ilaçtı. Ancak Nifedipinin yaklaşık 30 senelik bir geçmişi sonucunda çok büyük bir hayalkınlığı oluştu. Çünkü kısa etkili olanının kardiyovasküler mortaliteyi arttırdığı gösterildi. Kısa etkili Nifedipin, birinci jenerasyon olarak sayılmaktadır. Nifedipin, artık bugün kesinlikle kullanılmamalıdır ve kontrendikedir. Ancak, ikinci ve üçüncü jenerasyon ve günde tek doz kullanılan Dihidropridinler; yani uzun etkili olanlar gayet de iyi sonuçları ile halen kullanılmadalar. Amlodipin, Felodipin, uzun etkili Nifedipin, bu grupta sayılabilir.

## g) Antihipertansiflerle Tedavi: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri

Bir başka ilaç grubu, AT 1 reseptör blokerleri. Bunlar, sanki öksürük yapmayan ACE inhibitörleri gibi de prezante ediliyor. Bu ilaç grubu, Anjiyotensin 2'nin reseptörüne bağlanmasını engelliyor. Dolayısıyla indirekt olarak Anjiyotensin 2'nin etkilerini ortadan kaldırıyor. Ancak, AT 1 reseptör blokerlerinin ACE inhibitörlerinden farklı özellikleri de var. Dolayısıyla ACE inhibitörleri kadar sağaltımda faydalı olacaklar mı, kalp yetmezliğini azaltacaklar mı, ateroskleroz ve mortalite üzerine etkileri ACE inhibitörleri gibi mi, henüz bilmiyoruz. Bu konuda çok yoğun çalışmalar var; muhtemelen çok yakın bir gelecekte bu sorunun cevabını alacağız. Ancak, şimdilik bunları ACE inhibitörleriyle eşdeğer olarak kabul etmemek lazım, ayrı bir ilaç grubu bunlar; ama Anjiyotensin 2'nin reseptörüne bağlanmasını engelleyerek etki ediyorlar ve öksürük indisansı da gerçekten ACE inhibitörlerine göre çok düşük. Bir de direkt vazodilatatörler dediğimiz bir ilaç grubu var. Bunlar da Türkiye'de yok; bu ilaçlar, örneğin minoksidil en azından oral preparatları Türkiye'de yok. Bunlar, direkt olarak damar yatağını genişleten ilaçlar. Bu ilaçların çok uzun vadede kullanımları zaten önerilmiyor; ama acil hipertansiyon tedavisinde, akut hipertansiyon tedavisinde kullanılabilir. Yine nitroglicerın ve sodyum nitroprusid, bunlar direkt vazodilatasyon yaparak etki ediyor; sadece paranteral kullanılabilen, acil hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar.

Bu kadar çok ilaç olmasına rağmen, halen monoterapiyle hipertansif hastaların ancak % 40'ında kan basıncı kontrol altına alınabilmektedir; yani tek bir ilaçla tansiyonu istenilen düzeylere düşebilen hastaların oranı ancak % 40'tır. Dolayısıyla ideal anti-hipertansif ilaç henüz bulunabilmiş değildir; çünkü ideal anti-hipertansif ilaç bir tane olmalı; kişi bunu ömür boyu içeceğine göre tek bir ilaç içmeli, tek bir ilaçla en azından 24 saat kan basıncı kontrol altına alınmalı. Böyle bir ilaç henüz bulunabilmiş değil, bütün hastalarda etkili bir ilaç henüz bulunabilmiş değil. O zaman ne yapıyoruz? O zaman kombinasyon tedavilerine başvuruyoruz, birden fazla sayıda ilaç kullanıyoruz. Hipertansiyon tedavisi yaparken prensibimiz; tek ilaçla tedaviye başlamaya çalışıyoruz. Eğer tek ilaçla kan basıncını kontrol altına alamıyorsak, ilacın dozunu çok fazla artırmayı önermiyoruz; çünkü ilacın dozu arttıkça, yan etki insidansı da artıyor. Onun için onun yanına bir başka gruptan, aynı gruptan değil, bir başka gruptan başka bir ilaç eklemeyi öneriyoruz. Bugün için refrakter hipertansiyon dediğimiz zaman; yani tedaviye dirençli hipertansiyon dediğimiz zaman, birbirinden farklı 4 ilaç, 4 gruptan ilaç kullanmasına rağmen kişi kan basıncı kontrol altına alınamıyorsa, o zaman tedaviye refrakter hipertansiyondan söz ediyoruz ve daha başka yöntemler araştırılmasını öneriyoruz. Yani tedavide 4 ilaca kadar yolum var.

## **Hipertansiyon ve Kombinasyon Tedavisi**

Kombinasyon yaparken nelere dikkat ediyoruz? Aynı gruptan olmayacak, farklı gruplardan seçeceğiz. Non-dihidropridin grubuyla beta bloker grubunu beraber kullanmamaya çalışıyoruz; yani Verapamil ve Diltiazemi bir beta bloker ilaçla beraber kullanabiliriz tabii, ama mutlaka bir hekim gözetiminde ve çok dikkatli kullanılması lazım. Onun dışında çok büyük bir sakınca yok. Şimdi biliyorsunuz fiks doz kombinasyonlar da var. Özellikle ACE inhibitörü, ar-tü diüretik kombinasyonları da çok sık kullanılıyor.

## **Hipertansiyon ve Basamaklı Tedavi**

Hipertansiyon tedavisinde artık basamak tedavisini terk ettik. Bu sözü ettiğim ilaçlardan uygun olanlardan istediğimizle tedaviye başlayabiliyoruz. Ancak, tedaviye başlarken özellikle tercih ettiğimiz bazı ilaçlar var. Örneğin kişinin diyabeti varsa, ACE inhibitörlerini veya AT 1 reseptör antagonistlerini tercih ediyoruz, korucuyu olduğu için. Hipertansiyonla beraber koroner arter hastalığı varsa, beta blokerler ve kalsiyum kanal blokerleri tercih ediliyor. Kalp yetmezliğinde ACE inhibitörleri, beta blokerler, diüretikler tercih edilebiliyor. Yaşlı hastalarda diüretikler ve uzun etkili kalsiyum kanal blokerleri, benign prostat hipertrofisi olan hastalarda Alfa 1 blokerler, gebelik hipertansiyonlarında da Alfametil Dopa daha çok tercih ettiğimiz ilaçlar.

## **Hipertansiyon Tedavisi Bakımından Kontrendikasyonlar**

Kesinlikle bazı ilaçların o hastada kullanılmaması gereken durumlar da şunlardır: Eğer kişinin astım bronşialesi veya akciğer hastalığı varsa, kesinlikle beta bloker kullanmaması gerekir. Gebelerde ACE inhibitörleri ve AT 1 reseptör antagonistlerinin çok kuvvetli teratojenik etkileri var, kesinlikle kullanılmamalı. Ciddi böbrek yetmezliğinde ACE inhibitörleri, reseptör antagonistleri ve potasyum tutan diüretikler, periferik damar hastalığında beta blokerler, gutta diüretikler kullanılmamalı. Herhalde en önemlileri bunlar. Bunlar mutlak kontrendike olan durumlar.

## **Prof. Dr. Atiye ÇENGEL (Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)**

Sabırınız için teşekkür ederim Sorunuz olursa cevaplarım; çok geniş bir konu, ancak bu kadar toparlayabildim.

## OTURUM BAŞKANI

**Prof. Dr. Nurettin ABACIOĞLU**

Sayın Atiye engel'e çok teşekkür ediyoruz.

Ateroskleroz ve hipertansiyonu kardiyovasküler hastalıklar olarak bir grup halinde dinlerken, sayın hocalarıma katkı anlamında küçük bir şey de söylemek istiyorum: Geçmiş meslekiçi toplantılarda, özellikle bu hastalık grubunun, anlatılan hastalık grubunun günlük ritimler bakımından en iyi takip edilebilen hastalıklar arasında olduğu, özellikle fizyopatolojileri bakımından da gerek hipertansiyonun ve gerekse diğer kardiyovasküler risk hastalıklarının sirkadiyen ritimler gösterdiğinde tekrardan hatıralarınıza bir gönderme yaparak hatırlatmak istiyorum. Tabii bu anlamda ilaçla tedavide bu konuda yaklaşımların da olduğu ve dünyada biraz önce anlatılan anti-hipertansifler veya aritimi tedavisinde kullanılan, ateroskleroz tedavisinde kullanılan bazı grup ilaçların kronopreperat olarak da klinikte uygulama sürecinin içerisine girmiş olduğunu da tekrarlamak istiyorum.

Evet, şimdi soru-cevap kısmı biraz az olmak üzere bir 15 dakikalık süremiz var. Lütfen aynı sorular olmamak üzere ve soru soracak arkadaşımızın isim ve soyadını da söylemek üzere sorularını sormalarını rica edeceğim.

Buyurun.

## TARTIŐMALAR BÖLÜMÜ

**Ecz. Recep ULUCAN**

Öncelikle hepimize teşekkür ediyorum.

Övsev hocama ağırlıklı olarak soracağım: Ateroskleroz bahsinde, endotel bozulmasının 10-12 yaş, hatta fetüsten itibaren olduğunu söylediler. Çocuklarımızı yetiştirirken, fast-food'lardan falan uzak tutalım derken, bunun yanında başka bir şeyler yapılabilir mi veya erken tanıyla beraber hiç ilaç düşünöldümü, böyle bir uygulama oldu mu dünyada?

Bir de hastalarımızda sıklıkla eczanelerimizde rastlıyoruz; genelde belli bir yaşın üstündeki hastalarımızda strese bağlı tansiyon, gelip geçici tansiyon, üzüntüye bağlı tansiyon çok oluyor. Doktora gidiyor, hemen bir tansiyon ilacı başlayabiliyor. Burada bir anti-depressan mı kullanılmalı, ne yapılmalı? Hemen tansiyon ilacına mı başlanmalı, yol ne olmalı?

Bir de son bir sorum; tereyağında değişik şeyler duyuyoruz. Mesela bilimsel açıklamalarda, tereyağın bazı ülkelerde yapılan araştırmalarında kolesterolü acaba arttırıyor mu, azaltıyor mu? Ben bir çok tereyağı sever olarak soruyorum; ne kadar almalıyız, bunun sınırı ne olmalı? Kaymak ve tereyağı için soruyorum özellikle.

Teşekkür ederim.

### **Prof. Dr. Övsev DÖRTLEMEZ**

Değerli dostum; kaymak ve tereyağını ben de çok seviyorum, ortak tarafımız; ama gelelim küçük çocuklara... Biraz evvel Halis hoca bahsetti, hiperkolesterolemili annenin gebeliği sırasında o kolesterol bebeğe geçiyor; değil 10 yaş, bebeğe geçiyor. Dolayısıyla da daha sonraki doğumlarda veyahut da hiç hiperkolesterolemisi olmayan bebek, 10-12 yaşına geldiğinde, ilk o yağlı çizgiler dediğimiz çizgiler başlıyor, yani damar içerisinde dejenerasyon başlıyor. Eğer sıraladığımız o risk faktörlerini -genetiği kontrolümüzün dışında- değiştirebilirse; sigara içmezse, stresten uzak kalırsa, hipertandü olmazsa, yağlarına dikkat ederse, o plak, plağın regresyonu öylece kalabiliyor. Ancak, bütün bu zararlı şeylere devam ederse, plak o birinci, ikinci, üçüncü, beşinci evrelere geçirerek trombusa neden olabiliyor. Dolayısıyla da 12 yaşındaki çocuklarda yanlış beslenme sistemimiz var; illa tereyağlı ekmeğini yiyecek, ille her gün yumurtasını yiyecek, ille kırmızı etten o çocuk beslenecek. Bunları almasın demiyoruz, alsın; ancak belli bir yaşa kadar, buluş çağına kadar az miktarda kullansın.

Çocuklardaki hastalığın ilaç tedavisi, eğer hiperkolesterolemik bir aileden gelen homozigot bir geçiş varsa çocukta, onlarda tedavi evet; değilse, o çocuklar senede bir defa, 6 ayda bir defa kontrol altında tutulmalılar. Ancak, eğer hâlâ 20-25 yaş gibi genç erişkin çağlarına geldiğinde, onların non-invaziv yöntemlerle; yani hemen anjiyo ile değil, EKG'siyle, ultrasonuyla, dopler tetkikleriyle aterosklorozunun çok sıkı bir takibe alınmalarında herhalde yarar var.

Bizim ağız tadımıza gelince, siz de, ben de tam yasaklı olmalıyım da, hiç olmazsa arada bir tereyağı kullanabiliriz. Tereyağıyla pişen bir pilavın tadı herhalde çok farklı olacak, ama her gün değil. Yine ayda bir defa yediğiniz bir ayva tatlısı üzerinde bir parça kaymak olsun. Balığı yiyin, mısırözü yağında kızartın.

### **Prof. Dr. Atiye ÇENGEL**

Ben de hipertansiyonla ilgili sorunuzu yanıtlayayım: Hipertansiyon tanısı koymak için, birbirinden birkaç hafta arayla en az üç ölçümün ortalamasının yük-

sek olması gerekiyor dedik. Dolayısıyla tek bir ölçümle hipertansiyon tanısı koymuyoruz. Emosyonel stres durumlarında kan basıncı yükselebilir; ama bu, her emosyonel strese yükseliyorsa, o kişide ilerde -labil hipertansiyon deniliyor buna- kalıcı hipertansiyon geliştirecektir, mutlaka dikkatli olması gerekir. Kişinin üç ayrı ölçümde ortalaması 160-100'ün üzerinde ise, kesin olarak ilaca ihtiyacı vardır. Eğer üç ayrı ölçümün ortalaması 140-90'la 160-100 arasında ise ve o kişi A veya B risk grubunda ise, yani diyabetli değilse veya hedef organ hasarı yoksa, yaşam tarzı değişikliği önerdik, onun içinde stresin giderilmesi de var. Eğer uygunsa, bir anksiyolitik ilaç da tabii denenebilir; ama ortalama 160-100'ün üzerinde ise, mutlaka ilaç verilmelidir.

### **Ecz. Funda TAŞYARAN**

Ben, Halis beye bir soru yöneltmek istiyorum: 12 saat süreyle sigara içemedikten sonra iki sigara üst üste içildiği zaman, sigara tiryakilerine oranla üç kat daha fazla trombus riski oluşuyor denilmişti, yanlış ifade etmediysem. Bu süreye arttığı zaman; yani saat olarak değil de, 1 veya 2 yıl, daha uzun süreli bırakmalarda da trombus riski söz konusu mu?

### **Prof. Dr. Halis DÖRTLEMEZ**

Sigara içenlerde ani ölüm oranı yüksek. Sigaranın yarattığı komplikasyonla sigaranın yarattığı komplikasyonların dışında, doğrudan direkt sigaraya bağlı ani ölüm oranı yüksektir, komplikasyonları yüksektir. Sigara kullanımının ister gün, ister ay, ister yıllar ilişkisinde, aterogenez ve diğer tahripkar etkileri ve kanserojen etkisinde süre ve miktar rol oynar. Bırakılmasında, biraz evvelki söylediğimiz gibi, bir yılda çok önemli, hemen yarı yarıya diyebileceğimiz, ikinci yılda da içmemiş düzeyine gelebilecek bir kazanç sağlıyorsunuz. 12 saatlik sigara içmemiş bir şeyden sonra üst üste içilen sigarada kanın pıhtılaşma olayı, kanın içerisindeki vazgeçilmez unsurlardan biri olan trombinin hücresele düzeyde homeostatisi bozacak tarzda katlanarak artması, bütün hücresele denge ve davranışları, bütün enzim denge ve davranışlarını bozarak akut tıkanmalara götürmekte. Bu tıkanmalar beyin düzeyinde olup inmeleri, koroner düzeyinde olup koroner olaylarını yaratmakta. Ayrıca belirli düzeye kadar oluşmuş olan koroner kalp hastalığı, o zamana kadar eğer sessiz ise, "ben buradayım" diyerek miyokardın zarar gördüğü anlamında işaret olan anginal nöbetleri doğurmaktadır. İyi veya kötü bir mesafeye size müsaade eden kapasite çerçevesinde idare ederken, bu tür sigara içimlerinde ağrıların sıklaşması, şiddetinin artması ve damarın tıkanması gibi sonuçları olmaktadır. Sorunuzun ötesinde, bu örneklerle yaklaşmak istedim.

Olay, sadece sigara içenlerde mi? Pasif sigara içenlerde de aynı tehlikeler var, onu da hatırlatmak istedim. O nedenle şu veya bu şekilde, kendimiz kavli karar eyleyerek, kendimize söz vererek, kendimizi suçlayarak, kendimize ceza vererek veya kendimizi ödüllendirme adına sigara bırakalım.

### **Ecz. Gülser ÖCEL**

Biraz önce, menopozda hormon replazman tedavisinin miyokart infarktüsü riskini azaltmadığını, aterosklozeza da pek faydası olmadığını belirttiniz. Kadın doğum uzmanları da bunun tam aksini savunuyorlar; menopozda kan yağlarının arttığını, infarktüs riskinin fazlalaştığını, mutlaka hormon replasman tedavisinin hangi safhada olursa olsun başlaması gerektiğini iddia ediyorlar. Biraz çelişkiye düştüm; hangisine inanacağız?

### **Prof. Dr. Halis DÖRTLEMEZ**

Bu alan, -sorusuza yanıt olarak çelişkili yanıtları çalışmaları hâlâ taşıyan bir alan. Bu alanla özellikle Atiye hocam ilgilenmekte, Atiye hocamın da yanıtını rica edeceğim. Söylediğiniz olayın yıllar önce çok inanırlılığına biz de inanarak yaşamız ilişkisinde, 60 yılların tedavisinde östrojen kullanırdık. Jinekometri yapmaktan başka bir şeye yaramadığını sonra öğrendik. Sonra geniş toplumu menopoz anlamında kadınları ve menopoz evresinin özelliklerini temsil eden karşılaştırmalı çalışmalarda, bunların bir yararını olmadığını gördük. Şimdi sorunuza başka türlü yanıtlar adına, Atiye hocadan rica ediyorum.

### **Prof. Dr. Atiye ÇENGEL**

Hormon replazman tedavisi ve kardiyolojide kullanımıyla ilgili çok yeni, geçen sene çok büyük bir çalışma yayınlandı. Ondan önce, aynen dediğiniz gibi, "Menopozdan önce kadınlarda kalp hastalığı daha az, menopozdan önce kadınlarda hiperlipidemi daha az; o halde östrojen koruyor. Menopozdan sonra da biz östrojen verirsek, aynı korumayı sürdürebiliriz" anlayışı vardı. Bazı ufak çalışmalar da hakikaten bunu destekliyordu. Tabii yanılıya düşmemek lazım; biri doğal östrojen, öbür alınan yapay östrojen ve yapay östrojeni ne kadar düşük dozda vererseniz verin, yine de arteriyel ve venöz, yani hem atardamarlarda, hem toplardamarlarda trombus oluşturuyor, trombus riskini artırıyor. Tıpkı oral kontraseptifler gibi, onlar da trombus riskini artırıyorlar. Dolayısıyla hormon replazman tedavisi lipit tablosunu bir miktar olumlu yönde etkiliyor; trigliseritleri değil, ama diğer lipit parametrelerini de olumlu yönde etkiliyor; ama trombus oluşumunu arttırdığı için, bu geçen sene yayınlanan



çok büyük kapsamlı 'Hers' çalışması -Halis hocamın da değindiği- gösterdi ki, hormon replazman tedavisinin hiçbir faydası yok, hatta çok az miktarda da olsa aterosklerotik kalp hastalığı riskini artırıyor. Özellikle tedaviye başlandıktan sonraki ilk bir sene içinde bu riski artırıyor. Dolayısıyla şu andaki bilgilerimize göre, kalp hastalıklarından korunma amacıyla hormon replazman tedavisinin hiçbir yeri yok; özellikle sekonder korunmada, yani kalp hastalarında. Ancak eğer başka endikasyonlarla hormon replasman tedavisi kullanıyorsa kişi, jinekologunun önerisiyle kullanıyorsa ve özellikle bir seneden daha uzun bir süredir kullanıyorsa, kesmesi için de bir neden yok; kalp hastalığından korunmuyor, ama bir seneden daha uzun süredir kullanıyorsa, bir riski de yok. Ancak, ilk başlandıktan sonraki bir sene içinde düşük de olsa trombus riskini artırabiliyor, son görüşlerimiz bu doğrultuda.

### **Ecz. Meltem VURAL**

Tansiyonun aşırı yükselmesi durumunda uygulanacak ilk tedavi ne olmalıdır? Bir de ölçümlerimizde sistolik basıncın normal olduğu, diastolik basıncın yüksek olduğunu görüyoruz; bunun bir nedeni var mı?

### **Prof. Dr. Atiye ÇENGEL**

Sondan başlayayım: Sistolik kan basıncının yükselmesi yaşla gelişen bir şey, kişinin yaşı arttıkça ateroskleroz ilerliyor; özellikle aort damarlarının esnekliği bozuluyor, ana büyük damarın esnekliği bozuluyor. Aortun esnekliğinin bozulmasına bağlı olarak da yaşlı kişilerde izole sistolik hipertansiyon dediğimiz, sizin bahsettiğiniz durumla karşılaşılıyor. Eskiden, yani epeyce eskiden bunun aslında benign, iyi huylu bir durum olduğu, yaşa bağlı normal bir durum olduğu, tedaviye ihtiyaç göstermediği söylenirdi. Hatta öyle de bir formül vardı; kişinin yaşının başına 1 koyarsanız normal tansiyonunu bulursunuz, 70 yaşında kişinin normal kan basıncı 170 olmalıdır gibi şeyler de söylenirdi. Artık bu görüşleri tamamen terk ettik; sistolik kan basıncı yüksekliği de her yaşta, aynen diastolik kan basıncı yüksekliği kadar tehlikeli bir durum. Her ne kadar yaşla oluşan bir durumsa da, normal bir durum değil, tedavi edilmesi lazım. Kardiyovasküler komplikasyonları da diastolik kan basıncı yüksekliğinden, hatta daha bile fazla. Aradaki fark arttıkça -hatta öyle bir görüş de var- komplikasyon riski de artıyor; sistolle diastol arasındaki fark arttıkça, komplikasyon riski de artıyor.

İlk sorunuza gelince; acil hipertansiyon tedavisinde hemen kullanılacak çok emniyetli bir ilaç maalesef yok. Kişinin kullanmakta olduğu ilacı eğer alma-

dıysa, unuttuysa, onu vermek en doğrusu, en iyisi ya da herhangi bir ilacı oral olarak vermek en iyisi. Eğer kişinin hipertansif ensefalopati dediğimiz baş ağrısı vs. gibi, bulantı gibi beyinle ilgili birtakım şikayetleri varsa yüksek tansiyonla beraber, o acil olarak düşürülmesi gereken bir tansiyon. O gibi durumlarda Kaptopiril öneriyoruz şu anda; Kaptopiril dil altı kullanabiliyoruz. Eskiden yine Nifedipin kullanıyorduk, Nifedipin yumuşak kapsüllerini dil altında ezip vermeyi. Bu, etkili bir yöntem; ama çok ciddi hipotansiyon yapabiliyor. O sublingual Nifedipini verirken çok dikkatli olmak lazım, hatta da vermemek lazım belki; çünkü çok ciddi hipotansiyon yapıyor. O hipotansif kriz sırasında beynin beslenmesi bozulup, kalıcı hasar oluşturan vakalar bildirilmiş. Üstelik de dil altı Nifedipinin sağladığı hipotansif etki çok kısa süreli, bir süre sonra yeniden rebaund oluyor, tansiyon eski seviyelerinden daha yüksek seviyelere de çıkabiliyor. Çok dikkatli kullanmak lazım; hiç kullanılmaması demiyorum, ama çok çok dikkatli kullanmak lazım. Dil altı Kaptopiril kullanılabilir, o birazlık daha az hipotansif etkisi var; ama yine de eğer semptomatikse hasta, belirtisi veriyorsa ya da diastolik basınç 12'nin üzerinde ise hemen bir hastaneye gitmesini söylemek en iyisi, hastanede kullanılabilir.

Hastane koşullarında direkt etkili vazodilatörler, biraz önce söylediğim nitroglicerine, sodyum nitroprussid gibi direkt damar içine verilebilen ilaçlar kullanılabilir. Lasix diüretik olarak verildiğinde çok akut etkili. Bu tür ilaçlar kullanılabilir. Hidralazin, acil hipertansiyonda kullanılabilir, ama Türkiye'de yok maalesef.

Teşekkür ederim.

## **Prof. Dr. Halis DÖRTLEMEZ**

Salona bir sorum var: Sigara içenler olduğuna inanıyorum, mutlaka var; çocuklarımızın, 2 aylıktan 12 yaşına kadar olan kişilerin yanında içenlerin var mı? Ses çıkmadı; ama ben yine de söyleyeceğimi söyleyeyim: Sigara, ateroskleroz, sadece başlı başına bir ulusal politika çerçevesinde algılanmalı, ona göre sahiplenilmeli. Bu inancımı taşıyorum ve bir gün inşallah bunun olduğunu da göreceğim. Bunun içinde, aynı amaca yönelik sigaranın toplumsal bir olgu olarak içenlerin kendi özgürlüğü içerisinde olmasına rağmen, kusurları olduğuna da inanıyorum. 4207 sayılı Yasaya, Yasanın amir hükmü çerçevesinde ya da sivil toplum adına, sivillüğümüz adına ne kadar uyuyoruz? Burada yanıt vermenize gerek yok; ama bunu kendi kendinize sormanızı ve içen dostlarınıza sormanızı, onlarla sohbet ederek bunun yanıtını almanızı rica ediyorum.

20 küsur demografik özelliğine inanılır, sayıca fevkalade kalabalık, yeni yayılan Amerikan toplumuna ait sonuçları kısaca aktarayım; soruya yanıt gelmediği için, yanıt olarak ben seslendireyim:

Masum içiciler, pasif içicilerin içerisinde masum içiciler; çünkü bunlar toplumda ana kucağında, ilkokul çağındaki korunması gereken çocuklar. Bu insanların pasif içiciliği; ağabeylerinin, annelerinin, babalarının ya da yakın çevrelerinin, öğretmenlerinin, eczacılarının, doktorlarının vs. içmeleri nedeniyle. Pasif içiciliğe maruz kalanlarda koroner kalp hastalığına yakalanma şansızlıkları % 43, -yasaların eksiksiz uygulandığı Amerikan toplumundan alınan bir sonuç- 25 yaşın üzerindeki erişkinlerde ise % 37. Yaş gözetmeksizin, cins gözetmeksizin erişkin insanlarda maruz kaldıkları şansızlık tehlikesi % 25 fazla.

Çocuklarımıza karşı bu kusuru işlemeyelim. Sigara yasağı, insanın evvela aklında, beyinde oluşmalıdır, buna inanıyoruz. Yasaklarla bunun olmayacağına inanıyoruz. Osmanlı döneminin Kuyucu Murat Saltanatı sırasında tütün ve alköl için idam hükmü bile verilmiştir; bu bile önlememiştir. O halde ceza, hatta ölüm bile bunun çaresi değildir. Bunun çaresinin, siz inananlarla birlikte ele vererek, sigaraya karşı olan, sigara içmeyen ve içilmemesi gereğine inanarak içilmesine karşı duran yürekli, inançlı kuşaklar yetiştirmekle bu mümkün olur. Devlet sorundur, devlet bu işe karışmıyor; ancak devletlerarası hukukta yeri olduğu için, uyuşturuculuk INTERPOL ile hemaheng yürütülüyor. Sigara tröstleri, bunu bir türlü bu şekilde gündeme getirtmiyorlar. Bunu da bilgilerinize arz etmek istedim.

Hepinize tekrar teşekkür ediyorum.

## **Mustafa DEMİR**

Ankara Eczacı Odası Başkanı

Evet, affınıza sığınarak başka soru alamıyorum, çok özür diliyorum; çünkü hakikaten kısıtlı vaktimiz var. Ben, bugün için bizlere yardım eden hocalarımıza birer plaket, küçük bir plaket vermeyi arzu ediyorum. Lütfen sizleri kürsüye davet ediyorum. Bu organizasyonda bizlere yardımcı olan Değerli Hocam Sayın Nurettin Abacıoğlu'nu da bana yardımcı olması için buraya davet ediyorum.